POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Maj.	ROCZNIK TRZYNASTY.	1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z obrad Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

Krwotok wypierający po operacyi ocznej.

Podał

Dr med. Br. ZIEMIŃSKI

(Warszawa).

W obecnym stanie chirurgii ocznej wynik zupełnie pomyślny po operacyi zaćmy należy do zdarzeń zwykłych. Kto dużo i starannie operuje, miewa przypadki z wyborną, nawet całkowitą siłą widzenia, wyjątkowo zaś tylko siła widzenia po tej operacyi wynosi mniej niż $^1/_{10}$ prawidłowej bystrości wzroku. Lecz trudno zaprzeczyć, że — mimo najnowszych udoskonaleń w technice i w dyagnostyce chorób oka, oraz mimo najściślejszej aseptyki czy antyseptyki — każdemu może się zdarzyć zejście niepomyślne po wydobyciu zaćmy. Te straty albo są następstwem zakażenia przyrannego, które się objawia w 24—48 godzin, po tym zabiegu, ale chyba nie więcej niż średnio raz na 200 przypadków, pomyślnie operowanych.

Częściej już się zdarza inne groźne powikłanie i to dopiero w kilka dni po operacyi zaćmy — w postaci ostrego lub przewlekłego, zdradliwego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego *(iritis, iridocyclitis plastica);* tej sprawie, w przypadkach złośliwych, towarzyszy obrzęk nieraz wydatny powieki górnej — gdy go brak ma się prawo lepiej rokować. *Iritis plastica* niekiedy wiedzie do zarośnięcia źrenicy, do wytworzenia błony grubej w obszarze źrenicznym, do zmętnienia ciałka szklistego, wyjątkowo nawet do zaniku gałki. Tym powikłaniom, a tembardziej utracie wzroku wskutek jaskry następczej, po operacyi zaćmy, w wielu przypadkach można zapobiedz.

Chociaż więc wynik niepomyślny operacyi zaćmy przeważnie — a zwykle i słusznie — obarcza sumienie operatora, zawszeć jednak można stracić oko po operacyi zaćmy i to bez winy operatora, mianowicie, wskutek krwotoku śródocznego w czasie lub wkrótce po operacyi. Taki przypadek i, co rzecz szczególna, u osoby młodej, u 9-letniej dziewczynki niedawno się zdarzył w oddziale moim, a to po raz pierwszy na przeszło tysiąc operacyi zaćmy.

Historya tego przypadku jest następująca:

Józefa J., lat 9, z Tomaszowa Rawskiego, została przyjęta do Warszawskiego Instytutu Oftalmicznego 3-go maja 1909 r.

Według słów ojca: ma od urodzenia obie źrenice »szarawo zbielałe«, od urodzenia też była »ślepa«; w 6-ym roku życia jakoby przejrzała na prawe oko tak, że zaczęła się oryentować w przestrzeni; nigdy nie zauważono objawów zapalnych w jej oczach. Badanie oczne wykazało: Przydatki prawidłowe. Obie gałki drgają wahadłowo. Obie tęczówki falują. Zaćma w obu oczach zrosła w wielu miejscach z tęczówką. Chora liczy okiem prawem palce nie dalej niż w odległości 1 metra i prawidłowo rzutuje czucia świetlne; rzecz wątpliwa, czy należycie odczuwa światło okiem lewem.

11. V. 1909. Po uśpieniu chorej chloroformem przystąpiono do wydobycia zaćmy z oka lewego. Natychmiast, po wykonaniu cięcia płatowego w rogówce, tęczówka wypadła na

znacznej rozległości, wycięto szeroki jej płat, resztę odprowadzono. Ukazała się zaćma błoniasta, tęgo zbita, zrosła z tęczówką. Zaledwie szczypczykami nożyczkowemi udało się wyciąć część zaćmy. Po oczyszczeniu rany i po odprowadzeniu tęczówki dano opatrunek obuoczny. Mała pacyentka, nad wiek roztropna, zachowywała się po operacyi bardzo spokojnie, nie doznawała bólu lub innych dolegliwości; nie było wymiotów. Gdy nazajutrz (12. V.) zdjęto opatrunek, stwierdzono, że rana szeroko zieje, a z niej sterczy twór różowawy, powleczony błonką szarawą; zwisa on nad rogówką, którą niemal całkowicie przysłania. Dano opatrunek uciskowy obuoczny.

15. V. 09. Po zdjęciu opatrunku, stwierdzono, że twór, sterczący z rany, zwiększył się w swych rozmiarach. Wobec tego, że ojciec chorej stanowczo nie zezwoliłby na wyłuszczenie gałki, wycięto ów twór szczypczykami nożyczkowemi (w dwu okresach).

26. V. 09 Rana goi się prawidłowo, ale gałka nieco się zmniejsza.

8. VI. 09. Gdy chora opuszcza Instytut, lewa gałka jest nieco nastrzyknięta i widocznie przybiera postać czworokątną.

Badanie mikroskopowe, które wykonał kol. Kamocki, dowiodło, że błona. która pokrywała twór wycięty, jest to siatkówka zwyrodniała — brak jej wielu warstw właściwych. Krwotok wypierający po operacyi ocznej, który Terson trafnie nazwał *Haemorrhagia expulsiva*, a który dawniej nosił miano *Haemorrhagia gravis* v. *essentialis* v. *retrochorioidealis*, a nawet *Cataracta haemorrhagica*, opisał po raz pierwszy Wenzel (r. 1779), później Beer, Arlt, Rivaud Landron, White, Cooper. Do r. 1898 Spalding i S. Bloom zestawili z literatury przeszło 100 przypadków *H. expulsiva*. To powikłanie może się zdarzyć w czasie operacyi, zupełnie prawidłowo przebiegającej, ale spostrzegano je też w kilkanaście minut, w kilka godzin, nazajutrz, w 48 godzin, a nawet w 5 dni po operacyi na gałce. Krwotokowi nieraz towarzyszy ból dotkliwy. Gdy krwotok się objawia podczas operacyi, to rana zwykle szeroko się rozwiera, ciałko szkliste się wypukla, krew

wypiera zawartość gałki, wzrok raptownie i na zawsze gaśnie, rzadko kiedy zdołano na razie zachować część wzroku, ale i wtedy z czasem gałka zanika. Gdy krwotok później nastaje, to krew przesiąka lub się sączy przez opatrunek; a skoro go się zdejmie i uchyli powieki, widać guzowaty skrzep krwi, w którym się stwierdza szczątki ciałka szklistego i siatkówki; skrzep jest szypulasto złączony z gałką. To powikłanie może się zdarzyć w samym początku operacyi (po prawidłowem cięciu rogówki, nawet zanim zdołano dotknąć tęczówki); częściej wybucha w okresach późniejszych operacyi zaćmy, czasem po choćby nieznacznej utracie ciałka szklistego. Sattler i Terson sądzą że od lat 25, gdy zaczęto operować zaćmy pod kokainą, krwotok wypierający częściej następuje. Skądinąd trzeba zaznaczyć, że Knapp nie spostrzegał tego powikłania śród 2300 zaćm przez się operowanych, Hess też ani razu, a Mooren tylko jeden raz na tysiąc przypadków operacyi zaćmy. Sattler do roku 1886 nie miał ani razu *H. expulsiva* na 1250 operacyi zaćmy, a po roku 1886 (operując pod kokainą) aż 6 przypadków *H. expulsiva* na 1869 operacyi wybobycia zaćmy. Schiess przed rokiem 1885 miał 0·11%, a po r. 1885 aż 4·476% tego powikłania na 630 operacyi zaćmy. Dimmer miał cztery razy *H. expulsiva* na 385 operacyi zaćmy.

Przypadki, dotąd znane w literaturze, dotyczyły osób dorosłych, zwykle starców z oznakami stwardnienia tętnic ciała lub osób, które przedtem cierpiały na jaskrę. Badania anatomo-patologiczne oczu ociemniałych po krwotoku wypierającym wykazały, że następował z żył naczyniówki, przy ich schorzeniu *(Phlebitis, Periphlebitis, Dilatatio ampulliformis)* i przy ogólnem lub nawet miejscowem stwardnieniu tętnic. W tych warunkach krwotok łatwo może powstać, gdy w czasie operacyi zaćmy, przy upośledzonej sprężystości tkanek, nagle wytwarza się próżnia w gałce ocznej. Obfitość i długotrwałość krwotoku wynika ze szczególnego spojenia tętnic rzęskowych z twardówką, co się przyczynia do wydatnego ziania tych naczyń w razie pęknięcia śródocznych gałązek krwionośnych.

Jak się zachować wobec podobnego krwotoku?

Przedewszystkiem dać opaskę uciskową. Jeżeli krwotok ustanie w ciągu krótkiego czasu, to opaska może wystarczyć do zagojenia doraźnego i do uniknięcia zapalenia następczego. W przypadku wyżej opisanym trzeba było wyciąć części wypadłe, poczem zdołano zachować przynajmniej jaki-taki kształt gałki. Gdy się nie zdoła opanować krwotoku, to można albo zaszyć ranę, albo lepiej chyba wyłuszczyć oko.

Niestety, opisano kilka przypadków krwotoku wypierającego w obu oczach, ale spostrzegano też przypadki, w których to powikłanie zdarzyło się tylko w jednem oku, gdy drugie przedtem lub później operowano z wynikiem pomyślnym.

Jak postąpić, gdy, po stracie jednego oka, ma się operować drugie? Jedni (Valude, Truc, Holth, Santos Fernandez) radzą zaniechać wydobycia zaćmy i poprzestać na zepchnięciu zaćmy z pola źrenicznego *(Reclinatio)*. Inni poszli za radą Peschla, który zaleca rozcięcie torebki soczewki i późniejszą *extractio linearis simplex* nożykiem trójkątnym. Tak postąpili Lisicyn i Peirone i osiągnęli skutek pożądany.

Nie należy utożsamiać krwotoku wypierającego z krwotokiem z przedniej powierzchni tęczówki. W tym razie — nieraz już za dotknięciem tęczówki szczypczykami — wynika krwotok i tworzą się skrzepy tak znaczne, jak przy *H. expulsiva*, ale w skrzepie niema żadnego organu wnętrza oka (ani ciałka szklistego, ani siatkówki). Zapewne do tej kategoryi należą przypadki krwotoku wypierającego z zejściem stosunkowo dobrem.

Wreszcie trzeba pamiętać, że i zwykle uleczalne oderwanie naczyniówki *(Amotio chorioideae)*, które czasem występuje w parę, w kilka lub w kilkanaście dni, albo i wiele później po operacyi zaćmy, bywa też pochodzenia krwotocznego, wtedy można je uznać za postać łagodną krwotoku wypierającego.

II. STRESZCZENIA

Archiv für Augenheilkunde. T. LXVI. Z. 2. (Referent Dr Bałłaban).

O dokładności widzenia głębokości przy pomocy jednoocznej paralaksy. (Über die Genauigkeit des Tiefensehens, mittels der monocularen Paralaxe). Dr Verway.

Jednooczni doznają bardzo mało przeszkód przy pracy i oryentują się w przestrzeni bardzo dobrze, jakkolwiek brak im t. zw. poziomej dysparacyi. Czynniki, które u ludzi dwuocznych wchodzą w rachubę, jak wielkość kąta widzenia, cień, perspektywa powietrzna i t. p., nie odgrywają u jednoocznego żadnej roli, natomiast ważnym czynnikiem jest t. zw. jednooczna paralaksa, która nam w zwykłych warunkach umożliwia badanie położenia wyżłobienia nerwu wzrokowego, badanie stereoskopem, fotografią Roentgena i t. p. Autor opisuje przyrząd sporządzony przez siebie, który, jednak nie okazał się korzystnym. Bezpośrednie poznanie głębokości można osiągnąć przez jednooczną paralaksę, przy czem musi jednak być zachowanem pojęcie o przestrzeni. Dokładność poznawania wrażeń głębokości przez jednooczną paralaksę zostaje oznaczaną pojęciem zmysłu przestrzeni i ćwiczeniem osobnika.

O stanowisku źrenicy w systemie optycznym oka ludzkiego. (Über die Stellung der Pupille innerhalb des optischen Systems des menschlichen Auges). Dr Gleichen.

W systemie optycznym oka ludzkiego znajduje się źrenica, która jako dyafragma ma na celu ograniczenie działania wpadających do oka promieni świetlnych. Przy przyosiowym kierunku promieni, dyafragma ta nie posiada żadnego znaczenia i nie ma wpływu na wyrazistość odtworzonego obrazu, gdyż wszystkie promienie, które wychodzą z jednego punktu łączą się znowu w jednym punkcie. Gdyby się powiodło system optyczny tak skorygować, aby po wykluczeniu zboczenia aberracyi wszystkie promienie świetlne wpadające także pod kątem łączyły się w jeden obraz, to każdy promień przechodzący przez dyafragmę musiałby się połączyć w jednym punkcie do dokładnego obrazu — co jednak teoretycznie wiemy, że jest nie możliwem. Przy znacznem bowiem nachyleniu promieni, promień główny nie przechodzi przez otwór dyafragmy, przez co w przestrzeni obrotowej nie tworzy się koniec stożka, lecz okrągława plamka *(Coma)*. Na podstawie badań i licznych obrachowań przekonał się autor, że źrenica ma właśnie zadanie

zapobiegania powstawania takich plamek, które powodują powstawanie niedokładnego obrazu.

O czynności okulistycznej w zakładzie dla obłąkanych. (Zur augenärztlichen Tätigkeit in der Irrenanstalt). Dr Albrand.

Autor opiera swoje doświadczenia na badaniach podjętych przez 9 lat na 1445 chorych umysłowych, z której to liczby 23% leczono okulistycznie z pominięciem chorób ocznych, wypływających z powikłań z chorobami mózgu. Najwięcej chorych cierpiało na choroby powiek i rogówki. Leczenie nie dawało się bardzo często stosować, z powodu oporu chorych. Bardzo często spostrzegał autor okaleczenia powiek, których następstwem była niejednokrotnie róża i ropnie oczodołowe. Przy jaglicy trzeba było ograniczać się na izolacyi chorych, gdyż leczenie swoiste było niemożliwem do przeprowadzenia. Tosamo leczenie operacyjne jest niemożliwem. Bardzo znamiennie zachowują się obłąkani przy utracie wzroku, którą znoszą bez najmniejszej przykrości i żyją jak dawniej wśród halucynacyi. Szkieł używać nie chcą.

Dane histologiczne do poznania powstawania wyżłobienia nerwu wzrokowego przy jaskrze. (Histologische Daten zur Entstehungskenntnis der glaucomatösen Excavation). Dr Irene Markbreiter.

W ostatnich czasach opisywano dwa przypadki, które są w możności zmienić zapatrywanie co do sposobu powstawania wyżłobienia tarczy wzrokowej przy jaskrze. W jednym z tych przypadków nie było przy ostrej jaskrze wyżłobienia tarczy, pomimo znacznego ucisku śródocznego, natomiast w przypadku drugim istniało głębokie wyżłobienie pomimo braku ucisku. Jakkolwiek wedle Schmidt-Rimplera nawet przy prostej jaskrze musi istnieć choćby tylko czasowe wzmożenie ucisku śródocznego, to jednak nasuwa się pytanie, czy takie nieznaczne wzmożenie ucisku może spowodować powstawanie wyżłobienia. Jest bowiem przypuszczenie, że im większy jest ucisk to tem większe musi być wyżłobienie. To jednak nie jest prawdziwem, a także nie udało się przez eksperyment wywołać wyżłobienie przy pomocy ucisku. W przypadku ogłoszonym chodziło o oko schorzałe na ostrą jaskrę, które po pierwszym ataku ociemniało i zostało wyłuszczonem. W nerwie wzrokowym znaleziono lejkowate wgłębienie 6—7 mm głębokie, którego koniec znajdował się po za twardówką. Na wysokości siatkówki widać trzy wgłębienia, które sięgają aż do brzegu siatkówki. Tkanka nerwu wzrokowego znisz-

czała. Zmiany wszystkie powstały bez żadnych objawów zapalnych, nie mogły powstać przez wzmożenie ucisku śródocznego, gdyż w tym razie musiałoby wgłębienie mieć postać walca. W przedniej części gałki ocznej były zmiany odpowiednie jaskrze. Następuje opis kilku przypadków i przytoczenie zdań różnych autorów co do sposobu powstawania wyżłobienia przy jaskrze*).

Przyczynki do anatomii, fizyologii i patologii oczodołowego systemu żylnego, z uwzględnieniem oczodołowej pletysmografii. (Beiträge zur Anatomie, Physiologie, und Pathologie des orbitalen Venensystems; zugleich über orbitale Plethysmographie). Prof. Kraus.

Kwestya, co do sposobu odpływu krwi żylnej, pochodzącej z oczodołu i gałki ocznej. nie da się rozstrzygnąć wyłącznie badaniem anatomicznem, to też autor posługiwał się też badaniem pletysmograficznem oczodołu. Odpowiednie zdjęcie röntgenogramu udowodniło dosadnie, że główne żyły, a mianowicie *V. ophtalm. sup.*, *V. ophtalm. infer.* i *V. lacrymalis* są bez klap i że one są zbiornikiem i miejscem przejścia całej ilości krwi, przyczem są one ze sobą połączone licznemi komunikacyami, a tem samem stanowią same dla siebie oddzielny system. Autor opisuje następnie przyrząd swego pomysłu, który jest połączony z elektrokimografem, na którym reprodukuje odpowiednie linie krzywe. Na tych liniach spostrzegać się dają małe tętnicze i oddechowe wahania, przyczem linie te zmieniają się przy silnym oddechu, przy połyku — z czego dokładnie widać, że napełnienie naczyń oczodołowych jest zależne od ciągłych zmian w jakościowym i ilościowym sposobie oddechania. Prócz tego ma pewien wpływ na zachowanie się naczyń oczodołowych, powiek i ich mięśni.

Ctrblatt f. Augenheilkunde. R. 1910. Z. 12 (grudzień). R. 1911. Z. 1 (styczeń). Z. 2 (luty). (Ref. Dr L. Gruder).

Przypadek zatoru w unaczynieniu rogówko-twardówkowem. (Ein Fall von Embolie des Randschlingennetzes der Hornhaut). Dr Velhagen w Chemnitz.

Chory na *sepsis chronica* posiadał następujące objawy na oku: Po stronie górno-zewnętrznej, bezpośrednio w nieprzezroczy-

---

*) Autorka w całej swej t. zw. pracy bawi się opowiadaniami nieszkodliwemi, ale też wyłącznie bez znaczenia. Osobistych wniosków nie wysnuwa żadnych, wogóle w całej pracy przebija brak związku i logiki. (Ref.).

stym brzegu rogówkowym oka lewego, pod spojówką widać wzniesienie pryszczykowe (*phlyctaena*) ze zmętnieniem głębszych warstw sąsiedniej rogówki. W otoczeniu tego zmętnienia spojówka i episklera były lekko nastrzyknięte; zresztą oko prawidłowe. Zastosowano gorące okłady. W następnych pięciu dniach całość zatraciła podobieństwo do *phlyctaeny* i miała raczej wygląd czopa ropnego, idącego ze spojówki w głąb. Naciek w rogówce ustąpił.

Przy lekkiem podniesieniu górnej powieki i lekkim nacisku powieką wydostano żółty czop ropny W twardówce, względnie na granicy rogówko-twardówkowej widać było głęboki, okrągły ubytek o ciemnem dnie. Tęczówka była wrośniętą w ten ubytek. Objawy zapalne zwolna ustępowały, jednak wrośnięcie tęczówki pozostało nadal. Ubytek został wyrównany tkanką spojówkową. Bystrość wzroku pozostała obustronnie dobrą.

Wylew limfy na dnie oka złamaniu czaszki. (Lymphorragie im Fundus nach Schädelbruch). DrK o e r b e r w Marxloh.

Robotnik doznał pęknięcia czaszki. Upośledzenie wzroku na lewem oku. Tuż obok tarczy kilka białych ognisk, dobrze odgraniczonych i wielkości tarczy nerwu ocznego; częścią przykrywały one naczynia krwionośne. Kilka mniejszych ognisk leżało obok naczyń. Większe naczynia wykazywały nieregularności w wypełnieniu krwią. Krwotoków na naczyniówce nie było.

Po trzech tygodniach pęknięcie czaszki zagojone. V oka pr. = $^6/_8$, lewego $^6/_7$—$^6/_6$. Pole widzenia (lewe) prawidłowe. Zmniejszenie białych ognisk w znacznym stopniu i wyglądały one niby delikatne plamki; małe zupełnie znikły.

Położenie ich względem naczyń krwionośnych, barwa i ustąpienie tych objawów prawie zupełnie skłoniły autora do uważania ich za wystąpienie limfy z dróg limfatycznych, otaczających naczynia krwionośne. Takie trzy przypadki ogłosił niedawno P u r t s c h e r.

Przypadek korzystnego przecięcia nerwu ocznego. (Ein Fall von nützlicher Nervendurchschneidung). Prof. J. H i r s c h b e r g w Berlinie.

40-letni chory podaje następującą historyę choroby: przed 15 laty *ulcus durum* i *lues.* Po 8-u latach zapalenie lewej tęczówki, irydektomia; po 4-ch latach reumatyzm. Przed 3-ma laty *glaucoma acutum* prawego oka z irydektomią i sklerotomią, ale bezskutecznie. Gdy jednak liczne nawroty zapalenia rogówki (pęcherzyki) bardzo dotkliwie dawały się we znaki choremu, autor zdecydował się na przecięcie nerwu ocznego. Bóle po operacyi zupełnie ustąpiły.

Po dalszych siedmiu latach pęcherzyki na powierzchni rogówki wprawdzie znowu występowały, lecz nigdy nie były już bolesne. Gałka cała bez nastrzyknięcia, wykonuje ruchy prawidłowo, a rogówka posiada wprawdzie czucie, lecz nawroty zapalne nie sprawiają już bólów. Nawroty powtarzają się w odstępach 2—4-tygodniowych, lub rzadziej, lecz zawsze są bezbolesne. Jest to więc przypadek, gdzie przez neurotomię *opticociliaris* gałka została utrzymaną narazie przez dwadzieścia lat.

Masaż gałki przy jaskrze wtórnej, wywołanej przez pęcznienie soczewki. ((Vibrationsmassage bei Secundärglaukom von Linsenquellung) Dr Jan Ohm w Bottrop.

Przypadek z uporczywą jaskrą wtórną, która powstała po dyscyzyi soczewki. Autor stosował sposób masażu, opisany przez Piesbergera, prawie przez trzy tygodnie (w różnych odstępach) i otrzymał dobry wynik ostateczny.

Widoczne krążenie krwi w naczyniach naczyniówki. (Die sichtbare Blutströmung in den Aderhautgefässen). Dr Ernest Kraupa w Pradze.

Autor przytacza dwa przypadki, w których spostrzegał krążenie krwi w naczyniach naczyniówki w postaci t. zw. ziarnistego krążenia *(körnige Strömung)*.

Pierwszy przypadek dotyczy 37-letniego tabetyka. V pr. = 0·5, l. oko = 0·7. Pole widzenia przy dziennem świetle prawidłowe dla białej barwy, znacznie zwężone dla innych barw. Źrenice nierówne, objaw Argyll Robertsona dodatni. Bardzo delikatne męty w ciałku szklistem. Wziernikiem widać znaczny zanik naczyniówki, plamka żółta wolna. Przy dokładniejszem babadaniu widać było w naczyniu naczyniówki blizko tarczy wyraźne ziarniste krążenie krwi w ten sam sposób, w jaki opisane jest w naczyniach spojówki, rogówki i siatkówki. Ruch był wyraźnie dośrodkowy do wyraźnie dających się spostrzegać naczyń żylnych.

Drugi przypadek to wysoka myopia (— 10·0 D) z zanikiem naczyniówki w postaci rozsianych ognisk po całem dnie ocznem.

Autor widzi przyczynę tego zjawiska w utrudnieniu krążenia, spowodowanem przez zapalne zmiany w naczyniówce i częściowem zaniku naczyń krwionośnych.

Autor zwraca też uwagę na twierdzenie Liebreicha, który utrzymuje, że zjawisko to nie jest tak rzadkiem, tylko należy o tem myśleć i dokładnie badać zawartość naczyń krwionośnych.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1911. T. LXXVIII. Z. 1. 2, 3. (Referent Dr T. Kleczkowski).

Przyczynki do wiadomości o powstawaniu tarczy zastoinowej. (Beiträge zur Kenntnis der Genese der Stauungspapille). Fr. Schieck — Getynga.

Najwcześniejszym objawem, według autora, powstającej tarczy zastoinowej, jest zamglenie środka tarczy nerwu wzrokowego, a mianowicie tego miejsca, gdzie wielkie naczynia przechodzą przez blaszkę sitową. W obrazie prostym widać prócz tego odblask od podniesionej blaszki lśniącej wewnętrznej. Odblask ten leży od przodu od odblasku od ścian naczyń krwionośnych. Wkrótce potem widoczny jest wysięk przed naczyniami, przedstawiający się jako chmura wnikająca w ciałko szkliste. Równocześnie występują koło naczyń jasne pasy najpierw w zakresie tarczy, później też w jej okolicy. Jest to dowód wypełnienia limfą przestrzeni okołonaczyniowych. Zatarcie granic tarczy jest już nieco późniejszym objawem, a widoczne jest najpierw w tych miejscach, gdzie naczynia brzeg tarczy przekraczają Stopnia wypełnienia krwią naczyń krwionośnych nie uważa autor za miarodajne, a czyni go zależnym od przypadkowych warunków. Drobnowidowe badanie świeżych tarcz zastoinowych przeprowadził S. metodą Marchiego i po utrwaleniu w płynie Ortha. Badania te wykazały zupełny brak objawów zapalnych, a główną i jedyną zmianą był obrzęk niezapalny w najwcześniejszych okresach zastoiny, dający się wykazać zawsze przy ujściu osiowej przestrzeni limfatycznej, w przestrzeni międzyotoczkowej n. wzrokowego i tuż przed blaszką sitową w zakresie tarczy. Ażeby udowodnić, że tarcz zastoinowa powstaje jedynie dzięki działaniu czynników mechanicznych starał się autor otrzymać ją na zwłokach. Autor wstrzykiwał do pochewki nerwu płyn Tandlera i Thierscha. Objawy kliniczne i drobnowidowe w zupełności odpowiadały zmianom spostrzeganym u człowieka żyjącego. Doświadczenia przeprowadzone na zwierzętach wykazały, że do powstania tarczy zastoinowej potrzebne jest prócz zwiększenia ciśnienia śródmózgowego również i zwiększenie ilości płynu mózgordzeniowego. Zwiększenie się ilości płynu po jednej stronie czaszki wywołuje silniejsze objawy zastoiny w nerwie po stronie równoimiennej, aniżeli po przeciwnej.

Przyczynowość i sposób powstania wtórnego zeza rozbieżnego. (Ätiologie und Pathogenese des sekundären Strabismus divergens). H. Rönne — Kopenhaga.

Przyczyny wywołujące, względnie wyzwalające powstanie pooperacyjnego zeza układa autor w 4 grupy: 1) Niedomoga mięśnia

z powodu błędu technicznego przy operacyi. 2) Niestosunek między wielkością istniejącego zeza a otrzymanym wynikiem operacyjnym. Powstać to może, albo dzięki złemu obliczeniu skutku operacyjnego, albo z powodu nadmiernego działania mięśnia przeciwdziałającego. 3) Samoistne wyleczenie się wady w unerwieniu względnie mięśniowej, która była przedtem przyczyną zeza. 4) Każda przyczyna, która więcej lub mniej niezależnie od pierwotnej operacyi zeza, wpływa na powstanie zeza rozbieżnego.

O dellach rogówki. (Über Dellen der Hornhaut). E. Fuchs (Wiedeń).

Zmiana dotychczas nieopisana polega na zagłębieniu w rogówce tuż przy *limbus*. Brzegi zagłębienia są wyraźnie bardziej prostopadłe w kierunku ku środkowi rogówki. Wymiar delli od 1—3 mm. Dno zagłębienia wykazuje lekkie srebrnawe zmętnienie. Czucie w zakresie delli nieco obniżone. Najczęstszą przyczyną jest obrzęk zapalny lub niezapalny rąbka. Dwa razy spostrzegał autor po zapuszczeniu kokainy, dwa razy po operacyi zaćmy, raz u osobnika dotkniętego kurzą ślepotą, raz przy *lagophthalm. paralyticus*, trzy razy spostrzegał F. powstanie ich samoistne. Różnica między dellami F. a t zw. zagłębieniami Gaule'go polega: 1) na miejscu usadowienia ich (Gaule'go zagłębienia w środku rogówki). 2) Delle Fuchsa są większe i głębsze. 3) Delle nie powstają z powodu *lagophthalmus*. Autorowi udało się raz wywołać dellę doświadczalnie na oku, mającem być wyjętem z powodu nowotworu oka przez wstrzyknięcie podspojówkowe rozczynu kokainy. Badanie drobnowidowe wykazało w zakresie delli zcieńczenie nabłonka o $^{2}/_{3}$ od prawidłowej grubości nabłonka. Błony Bowmanna w miejscu delli był brak zupełny. Powstanie delli z pewnem prawdopodobieństwem należy sobie tłumaczyć przez miejscowe wyschnięcie z powodu utraty płynu.

Pomiary soczewek i emmetropizacya. (Linsenmessungen und Emmetropisation). W. F. C. Zeeman — Amsterdam.

. Badania przeprowadzone przez autora *oftalmofakometrem* Tscherninga wykazały, że ∢ α (kąt między osią optyczną a linią wzrokową) u myopów mniejszy jest aniżeli u emmetropów, u tych zaś znowu mniejszy aniżeli u hypermetropów. Różnica wielkości kąta α przy różnej łamliwości oka spowodowana jest różnicą w długości osi oczów. Różnica w wielkości ∢ α u ludzi z jednakową łamliwością jest wyrazem różnic w odległości plamki żółtej od osi optycznej. Odległość zaś osi optycznej od plamki żółtej nie stoi w żadnym związku z łamliwością oka. Najmniejszy

promień rogówki posiadają krótkowzroczni, większy o łamliwości miarowej, a największy dalekowzroczni. Z zachowania się tego widać, że rogówka ze swoją łamliwością zwiększa jeszcze wysokość danej wady łamliwości, a nie zmniejsza. Pomiary głębokośc iprzedniej komory wyazują, że głębokość jej przeciętnie większa jest o 0·37 mm u myopów aniżeli u emmetropów, a o 0·42 większa aniżeli u hypermetropów. Łamliwość przedniej powierzchni soczewki jest większa u emmetropów aniżeli u myopów a silniejsza u hypermetropów aniżeli u emmetropów. Grubość soczewki największa jest u hypermetropów, najmniejsza u myopów. Z pomiarów soczewki widać, że łamliwość jej stoi w odwrotnym stosunku do względnej łamliwości oka. Pomiary wykonane przez Z. zdają się w zupełności stwierdzać twierdzenie Strauba co do emmetropizacyi oczów, mówiące, że na emmetropizacyę głównie wpływa zachowanie się soczewki.

O regulacyi ustawienia się oczów przez narząd słuchowy. (Über Regulierung der Augenstellung durch den Ohrapparat). M. Bartels — Strasburg.

Ruchy gałek ocznych bywają wywołane odruchowo. Z ucha powstają zawsze dzięki działaniu jednej pary mięśni, z której jeden mięsień kurczy się, drugi zaś ulega zwiotczeniu. Skurcz jest zawsze nieco silniejszy aniżeli rozkurcz Mięśnie są w stanie czynnym podczas całego trwania drażnienia doświadczalnego błędnika Przy przejściu *nystagmus rotatorius* w drganie następowe oba mięśnie ulegają zwiotczeniu. Przejście wolnych ruchów ocznych w szybkie następowało zawsze podczas *maximum* zmiany napięcia mięśniowego, t. j. podczas największego zwiotczenia mięśnia, albo podczas największego skurczu. Czynność mięśni jest zupełnie innego rodzaju podczas wolnej fazy ruchów, aniżeli podczas szybkiej fazy. Podczas narkozy skurcz mięśnia był znacznie silniejszy, aniżeli zwiotczenie mięśnia. Wolne ruchy mięśniowe są ostatnim odruchem, jaki znika podczas głębokiej narkozy. Wywołany *nystagmus* z ucha wpływami termicznymi nosił cechy *nystagmus rotatorius.* Przy drażnieniu ucha, występujące zwiotczenie mięśni należy tłumaczyć, według autora, obecnością stałego odruchowego, życiowego nie wpływami mechanicznymi wywołanego stanu napięcia. Stan ten napięcia jest stałym, działający nawet w głębokiej narkozie.

O zapaleniu spojówki wywołanem krwią węgorza. (Über Aalblutconjunctivitis). W. Pöllot i Rahlson — Heidelberg.

Autorowie spostrzegali przypadek ostrego zapalenia spojówki w następstwie dostania się do worka spojówki kilku kropel krwi

węgorza (podczas preparowania go). Doświadczenia przeprowadzone na zwierzętach i sobie samym (Pöllot) przekonały autorów, że tylko surowica węgorza objawy zapalne wywołuje. Surowica innych zwierząt (królik, pies) jadów takich nie posiada. Zapalny wpływ surowicy zależny jest od obecności w surowicy węgorza jadu *(ichtyotoxicum)* związanego w niej z globulinami (Mosso). Surowica ogrzana do 7° C. traciła swój wpływ zapalny.

O ograniczonym obszarze odżywczym w płacie potylicznym i jego znaczeniu dla nauki o ośrodku wzrokowym. (Über circumscripte Nutritionsgebiete im Occipitallapen und ihre Bedeutung für die Lehre vom Sehzentrum). S. E. Henschen (Stockholm).

W r. 1892 ogłosił autor rzadki przypadek rozmiękczenia, obejmującego jedynie korę *fiss. calcarinae. Radiatio optica* było niezajęte. Klinicznie w przypadku tym było połowicze widzenie. Autor postawił twierdzenie, że ośrodek wzrokowy leży w korze *fiss. calcarinae* (t. zw. przez H. *area striata*). Monakow sprzeciwił się twierdzeniu H. mówiąc, że kora wzrokowa nie jest ograniczona tylko do medyalnej części, lecz również rozszerza się na całą lateralną część płata potylicznego. Henschen na podstawie dwóch nowych przypadków (zdjęcia fotograficzne!) powtarza dawne swoje twierdzenie.

W sprawie zakażenia ciałka szklistego i ropnia okrężnego. Doświadczalne i krytyczne badania. (Zur Frage der Glaskörperinfektion und des Ringabscesses. Experimentelle und kritische Untersuchungen). O. Kuffler — Giessen.

Autor wykazał, że przeszczepienie przesącza ropy z *panophthalmitis* nie zawierającej drobnoustrojów do ciałka szklistego wywołuje silne objawy zapalne, polegające na obrzęku powiek i spojówek, wydzielinie śluzowo-ropnej, lekkiem zmętnieniu rogówki, wysięku galaretowato-włóknistym w przedniej komorze i gęstym wysięku w ciałku szklistem. Stare kultury *bac. subtilis*, które już dawno nie były przeprowadzone przez zwierzęta, nie wywoływały widocznego schorzenia. Autor przekonał się, że *bac. subtilis* w kulturze zdolny jest wytworzyć produkta sekrecyjne, które wywołują u królika *panophthalmitis*. Czy te produkta są toksynami, dotychczas autor nie daje zupełnie pewnej odpowiedzi. *Panophthalmitis* wywołana przez *bac. subtilis* była tem silniejsza, im jadowitość bakteryi była większa. Jadowitość ta powiększała się przez przeprowadzenie drobnoustrojów przez zwierzęta (do ciałka szklistego, lub do krwi). W jednem z doświadczeń udało się autorowi wy-

wołać przy pomocy *bac. subtilis* przy *panophthalmitis* ropień okrężny. *Bac. subtilis* wprowadzony do krwi w bardzo szybkim czasie z niej znika. Po trzech dniach można go jeszcze wykazać w śledzionie i szpiku w skąpej ilości. Potem i stąd znika w zupełności. Następne badania autora wykazały, że *in vitro fagocytoza* jest niezmiernie względem *b. subtilis* nieznaczna.

Iridochorioiditis serosa po długoletniej obecności kawałka żelaza w oku; równocześnie przyczynek do siderosis bulbi. (Iridochorioiditis serosa nach langjährigem Verweilen eines Eisensplitters im Auge, zugleich ein Beitrag zur Siderosis bulbi). J. Rubert — Kijów.

Przypadek autora dowodzi możności powstania *irido chorioid. serosa chronica* w następstwie obecności żelaza w oku. Cechą zapalenia były głównie sprawy degeneracyjno-proliferacyjne. Następstwem działania żelaza było bujanie nabłonka Descemeta i łączno-tkankowe złogi na tylnej powierzchni rogówki. *Siderosis* w przypadku autora była z powodu braku krwotoków ściśle ksenotyczna t. j. tylko od ciała obcego zawisłą. Badanie wykazało wreszcie, że w przyjmowaniu żelaza przez komórki bierze udział nie tylko pierwoszcze komórek, ale też i ich jądra (w tęczówce). Autor wysnuwając wniosek ze swojego przypadku sądzi, że osady na tylnej powierzchni rogówki są pochodzenia rogówkowego.

Oftalmologiczne drobnostki. (Ophthalmologische Bagatellen). A. v. Reuss.

Autor poleca do celów dydaktycznych i rozpoznawczych ubytków nabłonka rogówki podwójne zabarwianie pyoktaniną i fluorescyną. Pyoktanina (1:1000), której autor z dobrym skutkiem używa w lecznictwie od czasu stosowania jej przez Prof. Wicherkiewicza zabarwia dno wrzodu, poprzednio zaś zapuszczona fluorescyna zabarwia w postaci zielonego pasa naokoło niebieskiego wrzodu nabłonek jeszcze luźno przylegający do podstawy. Szczególnie dobre usługi oddał R. ten sposób w przypadkach *keratitis dendritica*, podczas którego to schorzenia obraz chorobowy prawie codziennie ulega zmianom. Jako leczenie *kerat. dendritica* i *fascicularis* używa autor z dobrym skutkiem elektrolizy ubytków.

Przypadek obustronnego glejaka siatkówki z enukleacyą jednego od 11-stu lat atroficznego oka. (Ein Fall von doppelseitigem Glioma retinae mit Enukleation des einen und nunmehr fast 11-jähriger Atrophie des andern Auges). Frau C. Knieper — Heidelberg.

Przypadek autorki dowodzi możliwości dobrowolnego wyleczenia się glejaka przez zanik gałki — nie pozwala jednak stwier-

dzić z całą pewnością, że glejak ten już nigdy nie byłby zdolny do dalszego rozrostu.

Kazuistyczny przyczynek do „dystrophia epithelialis corneae“ Fuchsa. (Kasuistischer Beitrag zu der dystr. ep. corn. Fuchsa). P. Knapp — Bazylea).

Autor przytacza przypadek w zupełności odpowiadający obrazowi chorobowemu, podanemu przez Fuchsa. Najlepszy skutek w leczeniu oddało autorowi masowanie rogówki przez powiekę górną.

Doświadczalne badania nad bakteryobójczem działaniem „asurolu“ na oku królika. (Experimentelle Untersuchungen über baktericide Wirkung des »Asurols« am Kaninchenauge). L. Schreiber — Heidelberg.

Autor przeprowadził doświadczenia z asurolem (podwójna sól tlenku rtęciowo-salicylowego sodu i kwasu amino-oxyiso-masłowego) z veronalnatrium-rtęciosalycylanem i z bensurolem (sól podwójna kwasu amino-oxyiso-masłowego i tlenku rtęcio-benzoesanu sodu) Wyniki z 3 ma tymi środkami były jednakowe. Oko prawidłowe zwierzęcia znosiło bez najmniejszego podrażnienia wkroplenie rozczynu 1—3%, założenie maści aż do 5%, wstrzykiwania podspojówkowe $^1/_2$ cm rozczynu $^1/_2$%-ego i kąpiele oczne $^1/_2$ — 1%. Autor następnie leczył wrzody rogówki, wywołane u królika przez *staphylococcus pyogenes aureus* i *bac. pyocyaneus.* Wkraplanie i zakładanie maści nie wywierało żadnego działania antyseptycznego. Kąpiele oczne miejscowo działały dobrze, wywoływały jednak objawy zatrucia (nawet śmierć zwierzęcia). Wynik dobry po wstrzyknięciach podspojówkowych spostrzegał S. w 2-ch przypadkach.

Gonoblennorrhoea, blennorrhoea z wtrętami i jaglicą. (Gonoblennorrhöe, Einschlussblennorrhöe und Trachom). K. Lindner — Wiedeń.

Na podstawie materyału kliniki Prof. Fuchsa dzieli autor przypadki *ophthalmiae neonatorum* na dwie grupy: 1) *gonoblennorrhoea,* 2) *blennorrhoea* z wtrętami. Ze 119 przypadków do 1-ej grupy należało 49 przyp., do drugiej 53. Cztery przypadki były zmieszane (gonokokki + wtręty). Co do tych 4-ch przypadków to podczas leczenia po kilku dniach znikały gonokokki, wtręty utrzymywały się miesiącami. Autor wypowiada zdanie, ze trachoma w swoim początku było czysto genitalną chorobą, która raz przeniesiona na oko, z powodu swojego przewlekłego przebiegu stała się zupełnie od schorzeń dróg rodnych niezależną Względnie

rzadkie przeniesienie jadu z dróg rodnych, lub ze spojówki noworodka, cierpiącego na *blennorrhoea* z wtrętami na spojówkę człowieka dorosłego przy nieodpowiedniej hygienie może stać się nowem ogniskiem jaglicy w okolicy przedtem od jaglicy wolnej.

Przyczynki do znajomości budowy glejaka siatkówki. (Beiträge zur Kenntniss der Struktur des Netzhautglioms). Th. Leber — Heidelberg.

Badania autora wykazały, że metodami barwienia dzisiaj zazwyczaj używanemi nie można w świeżych glejakach siatkówki wykazać typowych komórek gleji. Obrazy, przypominające komórki spostrzegał autor w częściach nowotworów uległych zwyrodnieniu, polegającemu na obecności śród i pozakomórkowej mucyny. Przy omawianiu budowy glejaków zwraca autor również uwagę na ogniska komórek młodych nowotworów nabłonkowatych, dookoła których to ognisk spostrzegać można pas komórek pyknotycznych i częściowo wykazujących chromatolyzę jąder komórkowych.

O jaskrze. I. Rozważania i badania nad patogenezą jaskry. O lymfostatycznej i hemostatycznej jaskrze. (Über Glaukom. I. Betrachtungen und Untersuchungen über die Pathogenese des Glaukoms. Über lymphostatisches und hämostatisches Glaukom). C. F. Heerfordt — Kopenhaga.

Dokładne kliniczne badania przemawiają, według autora, za słusznością twierdzenia Dondersa, że *Glauc. simplex* zazwyczaj jest okresem wstępnym do *Glauc. c. ophthalmia.* Na podstawie tego wysnuwa autor wniosek, że dwa muszą być czynniki wywołujące stany jaskrowe oka. Jeden wywołuje jaskrę niezapalną, drugi zapalną. Za czynnik, wywołujący *glauc. simplex* uważa H. zastój limfy. Zastój limfy wywołuje podniesienie ciśnienia śródocznego do 55 mm Hg. Stworzenie nowych dróg odpływowych usuwa objawy jaskry. Jaskra zapalna wywołana jest hemostazą. Twierdzenie to opiera autor na następujących dowodach: 1) Jaskrowatą zmianą położenia ciałka rzęskowego, tęczówki i soczewki jest następstwem przekrwienia *tunica vasculosa* z powodu ostrego zastoju. 2) Zmiany te można wywołać doświadczalnie (przez podwiązanie *venae vorticosae*). 3) mikro-anatomiczne zmiany w oku jaskrowem przemawiają za zastojem krwi. Autor sądzi, że ponieważ zwężenie się naczyń krwionośnych (następstwo limfostazy) pociągać za sobą może zwężenie się ujść żył tuż przed linią graniczną zakresu ciśnienia śródocznego, więc również i przyczyny jaskrowej hemostazy należy szukać przed wejściem w twardówkę *v. vorticosae.* Tutaj zmiana w ciśnieniu dotyczyć musi wielkich

zatok żylnych, których ściany łatwo mogą uledz zagięciu lub zmarszczeniu, w następstwie czego musi nastąpić hemostaza. Zagięcie się ścian zatok żylnych zazwyczaj bywa wyrównane przez wtórne zamknięcie się kanału twardówkowego. Tem należy tłumaczyć sobie ustąpienie napadu jaskry, względnie wystąpienie jaskry stałej. Miotica przeciwdziałają napadowi jaskry przez wzmożenie napięcia mięśnia akkomodacyjnego, przez co mniej staje się napięta ściana *sinus vorticosus*. Mydriatica działają odwrotnie. W ten sam sposób działa napięcie akomodacyi przeciw napadowi jaskry, zwiotczenie zaś napad sprowadza. Taksamo należy sobie tłumaczyć wpływ hypermetropii, wieku, płci i pory roku.

Do patogenezy zapalenia sympatycznego. Część I.

(Zur Pathogenese der sympathischen Ophthalmie. Teil I.). F. Deutschmann — Hamburg.

Autorowi udało się przez przeszczepienie emulsyi naczyniówki człowieka, pochodzącej z oka zupełnie pewnie klinicznie i drobnowidowo uległego zapaleniu sympatyzującemu do ciałka szklistego zwierzęcia (małpy, królika) wywołać chroniczne zapalenie, polegające na obecności świeżego nacieku typowego dla zapalenia sympatyzującego. W jednym z przypadków przyszło do powstania typowej *phthisis bulbi*. Wszystkie zwierzęta okazywały objawy zapalne w otoczkach n. wzrokowego u trzech zwierząt (z 4) spostrzegał autor miejscową *meningitis* (bez jej objawów klinicznych) w jednym przypadku wysięk obejmował całe *chiasma*. U wszystkich 4-ch zwierząt zupełnie podobne zmiany rozwinęły się wzdłuż całego n. wzrokowego oka drugiego, również we wszystkich przypadkach rozwinęło się zapalenie sympatyczne oka drugiego. Doświadczenia autora dowodzą niezbicie możności powstawania zapalenia sympatycznego drogą migracyi wzdłuż nerwu wzrokowego. Zapalenie sympatyczne jest wywołane przez drobnoustroje; czy one są diplokokkami gram dodatniemi, które w swych przypadkach stwierdził autor, pozostawia autor jeszcze nierozstrzygniętem.

Studya nad zapaleniem sympatycznem. Część III.

(Studien zur sympathischen Ophthalmie. III. Teil). A. Elschnig (Praga).

Autor wypowiada twierdzenie, że przyczyna zapalenia sympatycznego nie jest zakaźna, ale, że leży w nieprawidłowości organizmu, polegającej albo na schorzeniu organicznem (np. *nephritis*, *diabetes* i t. d.) albo na autointoksykacyi w najszerszem tego słowa znaczeniu. Cały proces tłumaczy autor w następujący sposób: Uraz uszkadza ciężko pierwsze oko, ewentualnie zakaża go

jednym ze zwyczajnych drobnoustrojów, albo oko ulega zapaleniu z powodu jakiejś nieprawidłowości w ustroju, przyczem uraz działa tylko jako przyczyna wyzwalająca. Towarzyszący zapaleniu rozpad tkanki prowadzi do resorbcyi antigenetycznej tkanki naczyniówkowej i przez to do nadczułości pozostałej naczyniówki oka pierwszego i zupełnie jeszcze prawidłowej naczyniówki oka drugiego. Z powodu tej miejscowej nadczułości może dana somatyczna nieprawidłowość ustroju znaleźć punkt zaczepny i wywołać zapalenie naczyniówki obu ócz. Zapalenie to ogólnie jest znane pod nazwą żapalenia sympatyzującego.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Polskiego Towarzystwa Okulistycznego za rok 1909.

(ob. Postęp okulistyczny r. 1908).

Podał

Dr med. ANTONI PARADOWSKI.

I. Posiedzenie dnia 21-go stycznia 1909 r.

Obecnych 20-u członków (z zamiejscowych kol. Marczewski z Częstochowy, Daszewski z Kielc i Górski z Piotrkowa).

Wybory: przewodniczący kol. Ziemiński, zastępca przewodniczącego kol. Gepner (syn), sekretarz-skarbnik kol. Endelman. Na członków komisyi rewizyjnej obrano kolegów: Popławską, Wulffsona i Cetnarowicza.

Gepner (syn) przedstawia chorego po operacyi zaćmy. Operacya przed 7-u tygod., przebieg prawidłowy. W jakiś czas potem zaczęły występować objawy umiarkowanego i nadzwyczaj przewlekłego zapalenia ciałka rzęskowego. Obecnie gałka ma taki wygląd, jakby podczas operacyi nastąpił obfity wypływ ciałka szklistego. Źrenica ma postać nieprawidłową, jest wydłużona w kierunku poziomym, silnie ku górze przeciągnięta i przysłonięta cienką błonką, jej kurczenie sprawia, że tęczówka ma wyraźną skłonność do dalszego ściągauia się ku górze. Bystrość wzroku = $^{1}/_{6}$. Ten stan ma znamiona sprawy postępującej i niewątpliwie w dość krótkim cza-

sie może doprowadzić do zupełnego zaróśnięcia źrenicy. Przeto należy się uciec do zabiegu operacyjnego. Kol. Gepner waha się pomiędzy irydotomią poprzeczną, a t. zw. membranotomią.

Ziemiński zaznacza, że, nawet wobec napozór dosyć pospolitych stanów chorobowych oka, nieraz zachodzą poważne trudności rozpoznawcze. Na dowód tego pokazuje młodą dziewczynę ze swego oddziału szpitalnego. Chora cierpi na przewlekłą sprawę zapalną spojówki w obu oczach. Przybyła do oddziału przed 8—10 tygodniami z objawami ostrego nieżytu spojówki. Przy badaniu dokładniejszem, w prawem oku dostrzeżono w spojówce tarczkowej górnej powieki szaro-żółtawe plameczki okrągławe niewydatne, a w obu załamkach i u wierzchołka tarczki niezbyt liczne twory grudkowate, szaroszkliste, napół przezroczyste (»grudki jaglicze«); nadto stwierdzono przerost ciała brodawkowego. Gruczoł przyuszny nie jest obrzmiały. W spojówce oka lewego niema grudek jaglicznych. Chore oko leczono naprzód 1% lapisem, a od dwóch tygodni $\frac{1}{2}\%$ siarczanem cynku. Z. uznaje zmiany w oku prawem za niewątpliwą jaglicę.

Mutermilch stanowczo nie uważa tego przypadku za trachoma, nazwałby go *conj. follicularis chronica.*

Popławska jest tegoż zdania co i kol. Mutermilch.

Ziemiński obstaje przy rozpoznaniu trachoma w prawem oku; za tem rozpoznaniem przemawia obecność wyrośli brodawkowatych obok znamiennych grudek jagliczych nietylko na powiece dolnej, lecz i na górnej oraz w obu załamkach.

Mutermilch jest przeciwny rozpoznaniu trachoma, choćby z tego względu, że sprawa zapalna nie doprowadziła do wytworzenia się blizn na spojówce. Mieszek nie może być objawem patognomonicznym dla jaglicy, gdyż, jak to powszechnie wiadomo, może on towarzyszyć u dzieci każdej sprawie zapalnej na spojówce, a nawet może występować na spojówce zupełnie prawidłowej. Uważa, że dla doszczętnego wyleczenia chorej kol. Ziemińskiego wystarczy dokładne wyciśnięcie znajdujących się na górnym załamku follikułów.

Kamocki zalicza demonstrowany przypadek do kategoryi jaglicy ze względu na przebieg i wygląd spojówki. Nie może się zgodzić na rozpoznanie *conj. follicularis*, bo dostrzega na spojówce dość znaczny przerost ciał brodawkowych, czego nie spotykamy przy cierpieniu. Jest przeciwny wyciśnięciu bardzo nieznacznej, zresztą, ilości follikułów, bo to doprowadziłoby tylko do większych zmian na spojówce,

Cetnarowicz nie nazwałby tego przypadku jaglicą, lecz zaliczyłby go do kategoryi przewlekłych nieżytów spojówki.

Górski, nie znając przebiegu choroby od chwili przybycia na oddział, nie może stanowczo się wypowiedzieć, co do jej rozpoznania. Na podstawie jednorazowego zbadania chorej przypadek ten nazwałby *conj. catarrh. chronica.*

Marczewski podkreśla, że w codziennej praktyce lekarskiej zarówno dla lekarza, jak i dla chorego, daleko większe znaczenie ma postawienie rokowania, aniżeli ścisłe naukowe określenie odpowiedniego przypadku. Zgadza się, że przypadek Ziemińskiego nasuwa pewne wątpliwości pod względem rozpoznawczym, lecz wygląd spojówki i przebieg dotychczasowej choroby niezawodnie przemawiają za tem, że jest to cierpienie nadzwyczaj przewlekłe, trudno poddające się leczeniu, skłonne do częstych nawrotów, wobec czego bez wahania nazwałby je jaglicą i uprzedziłby o tem chorego.

Gepner (syn) przy badaniu chorej dostrzegł u zewnętrznego kąta górnej prawej powieki szare granulacye i zlane follikuły. Przemawia to niewątpliwie za jaglicą.

Endelman zwraca uwagę na opuszczenie górnej powieki u chorej. Jest ono zapalnego pochodzenia i świadczy o zajęciu głębszych tkanek, co stanowczo przemawia przeciwko nieżytowi spojówki, a za jaglicą.

Kępiński opowiada o dość niezwykłej postaci ostrego obrzęku powiek, który spostrzegał u 6-ga osób jednej rodziny w przebiegu jakiejś gorączkowej choroby zakaźnej.

Popławska spostrzegała analogiczny zbiór objawów u 8-letniego chłopca. Badanie internisty stwierdziło u chłopca influenzę.

Kamocki zabiera głos w sprawie obecnego stanu magazynów optycznych w Warszawie. Szeregiem przykładów stwierdza, że handel szkłami optycznemi stoi na bardzo nizkim poziomie, co należałoby z gruntu polepszyć. W tym celu jest za wyborem komisyi, którąby opracowała zasady racyonalnego handlu szkłami optycznemi z uwzględnieniem najświeższych zdobyczy na tem polu i zwróceniem się w imieniu Towarzystwa do poważniejszych miejscowych firm z odpowiedniemi przedstawieniami. Reorganizacya powinna również dotyczyć handlu sztucznemi oczami i drobnemi utensyliami, niezbędnemi w praktyce okulistycznej.

Ziemiński proponuje, by komisya, wybrana z łona Towarzystwa, porozumiała się z optykami i wysłuchała ich zdania.

Do komisyi w sprawie magazynów optycznych wybrano: przewodniczącego i kol. Wulffsona z prawem zaproszenia innych członków.

II. Posiedzenie dnia 18-go lutego 1909 r.

Obecnych 20 stu członków, z zamiejscowych kol. Górski z Piotrkowa.

Endelman demonstruje przypadek *melanosis (naevus maternus pigmentosus) sclerae, conjunctivae, et cutis palpebrae inferiosis* u mężczyzny 24-letniego. W dzieciństwie miał tylko szczególne zabarwienie twardówki, plamy zaś na powiece ukazały się dopiero przed rokiem.

Endelman odczytuje referat p. t.: »Istota jaskry w świetle badań nowoczesnych«. Sprawozdawca, wzorując się na pracy Schmidt-Rimplera, zachowuje podział wszystkich poglądów na istotę jaskry na dwie kategorye: teorye o wzmożonem wydzielaniu cieczy w gałce ocznej i teorye o ich upośledzonym odpływie. Poniekąd do drugiej kategoryi należą i poglądy, które upatrują istotę jaskry w zmianach elastyczności twardówki. Przechodząc kolejno od dawniejszych poglądów v. Graefego i Dondersa, sprawozdawca kładzie nacisk na teorye bardziej rozpowszechnione, uwzględniając badania anatomiczne i kliniczne. Udziela więcej miejsca najnowszym poglądom Uribe y Troncoso, Cantonneta i Lewinsohna. Streszczając wszystkie poglądy, E. przychodzi do wniosku, że żaden z nich nie może zupełnie zadawalniająco wytłumaczyć całokształtu obrazu klinicznego tak powikłanego, jaki daje jaskra. (Wszystkie objawy kliniczne, jako też zmiany anatomiczne zdają się przemawiać za tem, że źródło jaskry bywa rozmaite i że, bądź co bądź, dwa zasadnicze czynniki podniesienia ciśnienia śródgałkowego — hypersekrecya i retencya cieczy — grają rolę równorzędną).

Zieminski: Zbiór objawów ocznych, zwanych jaskrą, polega na pewnych zboczeniach w układzie naczyniowym i w odżywianiu tkanek, które wytwarzają ciecz wodną (wyrostki rzęskowe, powierzchnia przednia tęczówki). Skład tej cieczy zmienia się przy jaskrze, szczególnie ilość białka wyraźnie się zwiększa. W sprawie jaskry odgrywa rolę ważną nabłonek wyrostków rzęskowych, gdyż ma zdolności wybiorcze, t. j, zatrzymuje pewne substancye, inne zaś przepuszcza. Roemer wykazał, że ciało rzęskowe zatrzymuje cytotoksyny (niszczą one komórki), do tych zaliczają się i niweczniki *(Antikoerper)*, które ukazują się w cieczy wodnej dopiero przy zadrażnieniu oka. W ocenie istoty jaskry i przy jej leczeniu za mało naogół się uwzględnia stan ogólny chorego. Spotyka się przypadki jaskry pochodzenia przymiotowego, gdy je zawczasu trafnie rozpoznano, to leczenie swoiste, samo przez się — bez wszelkiej operacyi — ulecza jaskrę.

Mutermilch zwraca uwagę, że badania anatomiczne gałek, dotkniętych ostrą jaskrą, są jeszcze nader skąpe. Wobec tego opierać się należy głównie na badaniu klinicznem. Ono zaś przedewszystkiem świadczy o wybitnem znaczeniu zamknięcia kąta komory przedniej dla wywołania napadu jaskry. M. uważa cierpienie nerwu wzrokowego (zaczerwienienie, rozszerzenie naczyń na tarczy) za swoiste przy jaskrze, gdyż często możemy stwierdzić te objawy wtedy już, gdy jeszcze brak jakichkolwiek oznak wzmożonego ciśnienia.

Gepner (syn) przytacza na poparcie opinii, wygłoszonej przez Ziemińskiego, opis wyleczenia przypadku jaskry, wynikłej na tle przymiotu, a to dzięki leczeniu swoistemu.

Posiedzenie dnia 18-go marca 1909 r.

Obecnych 20-stu członków.

Gepner (syn) demonstruje trzy odłamki żelaza, wydobyte u trzech chorych z wnętrza gałki, jeden z nich wagi 6 gramów. Dalej przedstawia: 1) chorego, któremu przed rokiem odłamek żelaza przebił gałkę w dwóch miejscach; zejście tego przypadku nader pomyślne: $W = {}^{5}/_{25}$; 2) chorego po irydotomii (demonstrowanego na zeszłem posiedzeniu), bystrość wzroku obecnie ${}^{5}/_{6}$; 3) chorego z *leucoma adhaerens* w następstwie *conj. gonorrhoica*, u którego w celach optycznych dokonał pupillotomii; po upływie tygodnia chory dostał napadu ostrej jaskry, którą udało się opanować dzięki powtórnemu zabiegowi irydektomii.

Bychowski: »O zaburzeniach wzroku przy nowotworach mózgu«. Trzymając się zwykłego podziału objawów, spostrzeganych przy nowotworach mózgu na ogólne i miejscowe, referent omawia te zaburzenia wzroku (zaburzenia w unerwieniu mięśni ocznych ref. pominął), które mogą się przyczynić do ściślejszego umiejscowienia nowotworu. *Hemianopsia homonyma* wskazuje na zajęcie zrazu potylicznego, *Hemianopsia bitemporalis* — na *chiasma*. Kierując się temi i innemi objawami nowotworu, udało się dokładnie rozpoznać nowotwory we wskazanych okolicach mózgu i szczęśliwie te guzy usunąć, poczem i widzenie połowicze znikało. Ref. wspólnie z Endelmanem spostrzegał przypadek nowotworu przysadki mózgowej, który został usunięty; *hemianopsia bitemporalis* prawie zupełnie znikła. Z objawów ogólnych — oftalmologa interesuje głównie tarcz zastoinowa. Ref. omawia patogenezę tarczy zastoinowej i dowodzi, że moment mechaniczny (wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe) odgrywa jeżeli nie jedyną, to w każdym razie rolę bardzo poważną przy jej powstawaniu. Przeciw teoryi zapal-

nej przemawiają między innemi i liczne badania anatomiczne i spostrzeżenia kliniczne. (Nowsza literatura neurologiczna i oftalmologiczna zawiera znaczną ilość przypadków, w których trepanacya — nawet bez usunięcia nowotworu — wystarczyła do ustąpienia tarczy zastoinowej i do powrotu dawnej siły widzenia). Wobec tego, że tarcz zastoinowa doprowadza zwykle do ślepoty, ref. gorąco przemawia za trepanacyą nawet, gdy niema ścisłych wskazań do umiejscowienia nowotworu. (Będzie to oczywiście trepanacya nieradykalna tylko zapobiegawcza). Ref. przytacza własne spostrzeżenia, gdzie do samej śmierci nie można było wykryć siedziby guza, a gdzie jednak autopsya wykazała obecnoćć nowotworu (najczęściej to dotyczy prawej półkuli). Ref. dalej przytacza własne spostrzeżenia, gdzie, już po wystąpieniu zupełnego zaniku wskutek zastoiny, chorzy jeszcze żyli kilka lat. Dalej omawia t. zw. *pseudo tumor Nonnego i Meningitis serosa circumscripta,* przy których widzi się takie same zmiany na dnie oka, jak przy nowotworach mózgu; w tych przypadkach niekiedy się zdarza, że objawy nowotworu z czasem mijają, pozostawiając po sobie zanik nerwów wzrokowych. (B. spostrzegał takie przypadki, gdzie operacya paliatywna, dokonana we właściwym czasie, uratowałaby wzrok). Następnie przytacza przypadki Saengera, Horsleya, Cushinga i innych, gdzie właśnie, dzięki tylko paliatywnej trepanacyi, chorzy odzyskali zagrożony wzrok i mogli wrócić do zwykłych swych zajęć. (Pod względem technicznym trepanacya należy obecnie do rękoczynów stosunkowo mało niebezpiecznych, jak to wykazują obszerne statystyki angielskie, amerykańskie, po części i niemieckie z lat ostatnich. Idzie tylko o to, żeby nie zbyt długo czekać z trepanacyą i nie wycieńczać chorego niepotrzebnem leczeniem przeciwprzymiotowem). Ostateczny wniosek referenta brzmi, że wszystkie przypadki nowotworów mózgu powinny pozostawać pod stałym i ścisłym dozorem okulisty, który, gdy stwierdzi, że wzrok szybko słabnie, niezwłocznie powinien oznajmić choremu, że zachodzi niebezpieczeństwo utraty wzroku i, w porozumieniu z internistą, zalecić trepanacyę (rzecz prosta), radykalną, o ile odpowiedni przypadek do tego się nadaje. Gdy zaś brak wskaźników topograficznych dla operacyi radykalnej, albo gdy warunki anatomiczne na to nie pozwalają (rozlane nowotwory i t. p.), należy poprzestać na operacyi paliatywnej, którą najlepiej wykonać w okolicy prawego zraza ciemieniowego).

W dyskusyi Ziemiński podkreśla znaczenie leczenia specyficznego w niektórych przypadkach tarczy zastoinowej.

Winawer zapytuje prelegenta, czy i jakie wyniki daje przekłucie lędźwiowe przy tarczy zastoinowej?

Mutermilch nie jest zwolennikiem mechanicznej teoryi powstawania tarczy zastoinowej. Dowodem choćby ta okoliczność, że niekiedy nowotwory mózgu nawet bardzo znacznych rozmiarów nie wywołują tarczy zastoinowej. Skłania się bardziej ku poglądom, które upatrują źródło zastoiny w wydzielaniu jadów przez nowotwory. Ze względu na poważny zabieg, jakim jest niewątpliwie trepanacya, nie byłby zbyt pohopny do jej stosowania.

Marczewski, przeciwnie, uznając całą doniosłość tego zabiegu w pewnych przypadkach, stanowczo doradzałby operacyę choremu.

Bychowski zaznacza, że nie jest przeciwnikiem leczenia przeciwkiłowego, stosuje je stale u chorych z tarczą zastoinową, lecz, o ile dodatnie wyniki nie występują w stosunkowo krótkim czasie, uważa dalsze leczenie specyficzne wprost za szkodliwe dla wzroku, jak to stwierdził w całym szeregu własnych spostrzeżeń. Co się tyczy punkcyi lędźwiowej, to daje ona często dobre wyniki przy zapaleniu opon mózgowych, lecz przy nowotworach niekiedy powoduje znaczne pogorszenie, co B. tłumaczy opuszczeniem się móżdżku i mostu po wypuszczeniu płynu mózgo-rdzeniowego.

IV. Posiedzenie dnia 13-go maja 1909 r.

Obecnych 22-ch członków, z zamiejscowych kol. Daszewski z Kielc, Szawelski z Siedlec i Koliński z Łodzi.

Endelman. Przedstawienie trzech przypadków: 1) 42-letnia chora z nowotworem przysadki mózgowej. Objawy oczne: od roku bystrość wzroku stale, acz powoli, słabnie; obustronna skroniowa ślepota połowicza *(hemianopsia bitemporalis)*; wziernik wykazuje zblednięcie prawej tarczy, zwłaszcza w jej części skroniowej; lewa tarcz bez zmian. Z ogólnych objawów należy zaznaczyć: bóle głowy, trwające od dłuższego czasu; zaburzenia czynności narządów rozrodczych (*amenorrhoea*, lekki zanik zewnętrznych narządów płciowych, wydzielanie się pokarmu z sutek) i nieznaczne objawy poczynającej się akromegalii (w palcach kończyn górnych i górne szczęce). Wobec tego, że chorej grozi utrata wzroku (przy pierwj szem badaniu W. o. pr. = $^1/_6$; W. o. l. = palce przed okiem-przy drugiem, po upływie 18 dni, już tylko W. o. pr. $> {}^1/_{10}$; W. o. l. = ruchy ręki zaproponowano jej operacyę (trepanacya u nasady nosa z dotarciem do przysadki), która prawdopodobni; niezadługo będzie dokonana.

2) 7-letni chłopiec; rodzice i rodzeństwo zdrowi; jest dotknięty wrodzonem porażeniem mięśni ocznych *(ophthalmoplegia congenita, nuclearis)*. Porażenie dotyczy zwłaszcza wszystkich mięśni,

unoszących górną powiekę (zupełna obustronna *ptosis*); z poziomych ruchów zachowały się ruchy prawej gałki na wewnątrz i na zewnątrz. Zachowanie się lewej gałki przy ruchach poziomych jest godne uwagi i przy ruchach prawej gałki lewa nie wykonywa żadnych ruchów poziomych; natomiast, przy zasłonięciu prawego oka, lewa może wykonywać wyraźne ruchy na wewnątrz i na zewnątrz poza linię środkową powieki. Te zaburzenia skojarzonych ruchów gałek zdają się przemawiać za tem, że w podobnych przypadkach zachodzi nie tylko niedorozwój jąder nerwów ocznych (t. zw. *aplasia*, *„infantiler Kernschwund“*), lecz i zajęcie włókien, łączących poszczególne jądra dla obu gałek.

3) 10-letni chłopiec z *lipodermoidem* spojówki lewej gałki ocznej.

Kamocki przedstawia szereg preparatów i rysunków, dotyczących przypadku przybłoniaka (*perithelioma*) naczyniówki. Guz powstał w tylnej części gałki ocznej, w otoczeniu nerwu wzrokowego; odklejona lejkowato siatkówka wierzchołkiem lejka tkwiła w guzie, który zwyrodnił ją zupełnie i zniszczył wszelki ślad jej utkania. Oko wyłuszczone w okresie jaskrowym; śmierć pięćdziesięcioletnej chorej nastąpiła w parę lat później z powodu przerzutu w wątrobie.

Tkanka guza, w całej swej masie okazującego węglowo czarne zabarwienie, składała się z naczyń krwionośnych, okazujących tylko śródbłonkowe wysłanie; cała powierzchnia naczyń okryta była płaszczem z promienisto ułożonych, przepełnionych barwikiem mniej lub więcej walcowych komórek podobnych do nabłonkowych. Układ ten nadawał przekrojom nowotworu zupełnie gruczołowe wejrzenie i przypominał klasyczny przez Günthera opisany przypadek przybłoniaka naczyniówki. Podobieństwo to występowało jeszcze wyraźniej na skrawkach, z których usunięto barwik. Z licznych w tym celu polecanych, a przez K. wypróbowanych sposobów (woda utleniona, woda chlorowa) najlepszem okazało się traktowanie nadmanganianem potasu i kwasem szczawiowym. Na preparatach odbarwionych komórki barwikowe występowały w dwojakiej postaci: jedne z nich, tworzące wyżej wspomniany płaszcz przybłonkowy naokoło naczyń krwionośnych, oddawały swój barwik stosunkowo łatwo. inne nagromadzające się w przestworach międzynaczyniowych układały się mozajkowato w postaci pięcio- i sześciokątnych tworów, przypominających niezmiernie nabłonek barwikowy siatkówki, widziany z powierzchni Oddawały one barwik swój o wiele trudniej, niż komórki poprzedniego typu, a po odbarwieniu barwiły się nader żywo barwikami anilinowymi zasadowymi podobnie jak komórki tuczne. Ani jedne ani drugie ko-

mórki nie wykazywały żadnych śladów żelaza przy odczynach Perlsa i Quinckego. K. nie sądzi, aby pomimo całego podobieństwa do komórek nabłonka siatkówki zachodził pomiędzy niemi a komórkami nowotworowemi drugiego typu jakikolwiek związek genetyczny wobec zachowania na całej powierzchni guza błony szklistej naczyniówki; prawdopodobnie były to, zgodnie z zapatrywaniem Ginsberga, tylko dalej posunięte w barwikowem zwyrodnieniu przybłonkowe komórki. Przypadek K. jest właściwie pierwszym barwikowego przybłoniaka; świadczy o tem zarówno stosunek do naczyń, posiadających tylko śródbłonkowe wysłanie i obrazy w obwodowych częściach guza, gdzie można było spostrzegać stopniowe grubienie ciał przybłonkowych komórek i wypełnianie się ich barwikiem. Możliwość pigmentacyi przybłonków została zresztą już dawniej dowiedzioną przez Fuchsa.

Wulffson: Ze sprawą, tyczącą się magazynów optycznych w zakresie, w jakim ona nas lekarzy obchodzi, bardzo prędko, sądzę, załatwić się można; tembardziej, że dziś mają być nam demonstrowane niektóre ulepszenia szkieł optycznych i opraw, stosowanych w Ameryce. Całą prawie tajemnicą, pierwszym i najważniejszym warunkiem, aby magazyny optyczne przynosiły należyty pożytek, jest umiejętne i sumienne prowadzenie tych zakładów. Dla tego też przynajmniej kierownikiem ich powinni być optycy rzeczywiści, t. j. osoby obeznane praktycznie z optyką, nie zaś, jak to często u nas bywa, ludzie, nie znający najelementarniejszych zasad optyki. Również i sumienność optyków, nieświadomych doniosłości swego postępowania, po większej części pozostawia dużo do życzenia. Właściwie magazyny optyczne powinny być tak samo odpowiedzialne za dokładne i sumienne wykonywanie powierzonych im przez lekarzy robót, jak i apteki za ścisłe sporządzanie lekarstw. Co do towaru, w jaki z naszego punktu widzenia zaopatrzone być mają magazyny optyczne, obchodzą nas przedewszystkiem szkła do okularów; najczęściej przepisywane i najbardziej potrzebne są prawie tylko zwyczajne szkła sferyczne, cylindryczne i t. zw. konserwy, wszystkie szkła naturalnie w dobrym gatunku i po cenie stosownie umiarkowanej. Kolekcyę konserwów wartoby uzupełnić używanemi w ostatnim czasie szkłami koloru żółto-zielonego, szaro-żółtego, szaro-zielonego (szkła Fieuzala, Hallauera), pochłaniające podobno najbardziej promienie »ultrafioletowe«. Żeby składy optyczne zaopatrzone też były w różnego rodzaju szkła kombinowane, żądać naturalnie niepodobna; z jednej strony kombinacyi takich być może ogromna ilość, z drugiej strony kilkodniowa zwłoka w otrzymaniu szkieł choremu żadnej szkody nie wyrządzi. Najwyżej opłaciłoby się trzymanie na składzie nie-

których, częściej się zdarzających, kombinacwi cylindrów ze sferami, co też zaprowadziły niektóre pierwszorzędne warszawskie składy optyczne. Ze wszelkiemi jednak szkłami najnowszej nawet konstrukcyi (np. bifokalnemi, podwójnie centrowanemi szkłami dla operowanych na zaćmę różnej konstrukcyi) optycy powinni być jaknajdokładniej obeznani, aby na każde żądanie szkła takie sprowadzić i oprawić mogli. Opraw i dodatkowych części do okularów, nanośników i t. d. pożądany jest wybór jaknajwiększy, stosownie do przeznaczonego użytku szkieł, kształtu twarzy i gustu klienteli. Dopasowywanie opraw powinno odbywać się umiejętnie i dokładnie Należałoby poruszyć jeszcze kwestyę sztucznych oczu, których dobieranie w obecnych warunkach jest bardzo kłopotliwe z powodu braku u nas pożądanego kompletu oczu sztucznych. Pracowni specyalnej, któraby mogła dostarczać odpowiednich oczu w każdym przypadku na miejscu niema; sprzedażą zaś sztucznych oczu zajmują się także składy optyczne. Należałoby więc skłonić optyków: do sprowadzenia zbioru oczu, nadających się do prawidłowych oczodołów; do trzymania tego zbioru w należytym porządku oraz do kompletowania w miarę ubywania protez. Znalezienie bowiem oka sztucznego w dostarczanych nam obecnie przez optyków nieuporządkowanych zbiorach dużo zabiera czasu i niezawsze się udaje.

Optyk Wurceldorf urządza pokaz nowszych modeli szkieł optycznych (torycznych o 2-ch ogniskach i t. d.) i różnych opraw do nich, stosowanych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

V. Posiedzenie dnia 17-go czerwca 1909 r.

Obecnych 19-u członków.

Kamocki pokazuje chorą, którą, z przerwami ma w leczeniu od paru miesięcy. Początkowo spostrzegał na spojówce gałki oka lewego drobne owrzodzenie, pokryte nieznacznym nalotem białawym, obecnie wytworzyła się w tem miejscu wyniosłość guzowata, a przylegająca część rogówki uległa zaćmieniu. Rozpoznanie waha się pomiędzy gruźlicą a przymiotem. Wobec bezskuteczności leków miejscowych, K. zamierza przystąpić do leczenia tuberkuliną.

Mutermilch proponuje wycięcie i wyskrobanie ostrą łyżeczką części schorzałych z następczem przeszczepieniem błony śluzowej z jamy ustnej.

Kępiński widział chorą przed czterema tygodniami: było wtedy jedynie nacieczenie w obrębie dolnego odcinka spojówki gałki bez owrzodzenia i zmian w rogówce. Wobec tego, że sprawa

chorobowa szybko się rozprzestrzenia po powierzchni i w głąb jest również za zabiegiem chirurgicznym.

Kamocki uważa ten przypadek za beznadziejny, gdyż sprawa chorobowa w obecnej chwili niewątpliwie przeszła już na twardówkę. Gruntowne usunięcie części schorzałych — nawet tylko ze spojówki — nie uda się, gdyż zmiany ogarnęły zbyt znaczną przestrzeń. Skrobanie owrzodziałych miejsc, zdaniem K., doprowadzić może jedynie do rozkrzewienia się choroby na głębsze tkanki.

Kępiński pokazuje robotnika, cyzelera, który wstąpił do fabryki już jako jednooki i który przed 2-ma miesiącami jedyne oko skaleczył przy pracy odłamkiem żelaza. Ciało obce przebiło rogówkę i tęczówkę i zraniło soczewkę. Odłamek udało się usunąć, potem usunięto zaćmioną soczewkę. Obecnie bystrość wzroku ze szkłami = 0·2, czyta Sn. 0·6—0·8 z soczewką nr. $1^1/_2$. K. zapytuje, jakie odszkodowanie należy mu przyznać? Według tablicy Jostena wypadałoby określić zmniejszenie zdolności zarobkowej na 76·5%, lecz wobec zupełnej niezdolności poszkodowanego do swego stałego zajęcia, które wymaga nadzwyczajnej sprawności wzroku, uważa tę odsetkę za zbyt nizką.

Gepner (syn) zwraca uwagę, że upłynął zbyt krótki czas od operacyi, aby obecny stan wzroku uważać za ostateczny. Bądź co bądź, poszkodowany będzie bezwzględnie niezdolny do robót cyzelerskich, gdyż brak mu akomodacyi.

Bein uważa, że należałoby poszkodowanemu za utratę akomodacyi doliczyć jeszcze 10%, więc ogółem należy mu przyznać 85%.

Kamocki nie byłby za określeniem utraty zdolności zarobkowej na 100%, albowiem poszkodowany do pewnych zajęć jest jeszcze zdolny. Sądzi, że za utratę akomodacyi należy się choremu pewne odszkodowanie.

Gepner (syn) odczytuje regulamin biblioteki P. T. Ok., który zebranie przyjmuje.

(Dok. nast.).

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie

w dniach 18—22 lipca 1911 r.

Sekcya okulistyczna

(w klinice okulistycznej Uniw. Jagieł., ul. Kopernika l. 40).

Posiedzenie 1-sze (wtorek 18-go lipca godz. 3-cia po poł.).

Temat ogólny: Etyologia i postacie kliniczne zapalenia jaglicowego. Sprawozdawcy: Rosenhauch, Kramsztyk i Wicherkiewicz.

Posiedzenie 2-gie (środa 19-go lipca godz. 9-ta rano).

Kamocki (Warszawa): Z kazuistyki śródbłoniaków naczyniówki.

Bednarski (Lwów): Uwagi o zapaleniu pryszczykowem spojówki i rogówki.

Wicherkiewicz (Kraków): Złośliwe narośle nagałkowe.

Szafnicki (Kraków): Plama Mariotta w przypadkach obrzękowego zapalenia nerwu wzrokowego.

Następnie odbędzie się posiedzenie administracyjne Tow. okulistów polskich.

Posiedzenie 3-cie (środa 19-go lipca godz. 3-cia po poł.).

Ziemiński (Warszawa): Zaburzenia psychiczne a operacye oczne.

Noiszewski (Petersburg): O jaskrze niezapalnej.

Witaliński (Kraków): Przypadki jaskry po operacyi zaćmy.

Kleczkowski (Kraków): Obecność adrealiny w surowicy krwi chorych na jaskrę. Przyczynek do etyologii jaskry.

Rosenhauch (Kraków): Cataracta e lactatione.

Wicherkiewicz (Kraków): Własne doświadczenia co do wągra wśródgałkowego.

Lewicki (Kraków): Pyocyanaza w okulistyce,

Szafnicki (Kraków): Ulcus serpens w okulistycznej klinice krakowskiej w latach 1900—1909.

Posiedzenie 4-te (czwartek 20-go lipca godz. 9-ta rano).

Wicherkiewicz: Doświadczenia nad własnym sposobem operacyi podwinięcia i dwurzędności rzęs.

Machek (Lwów):
Kramsztyk (Warszawa):
Wulffson (Warszawa):
Bałłaban (Lwów):
Fukała (Wiedeń):
} Tematy zastrzeżone.

Majewski (Kraków): Nowy refraktometr, demonstracya przyrządu i objaśnienie metody badania.

Kuropatwiński (Błędów): Demonstracya umywalni dla okulistów praktyków.

Powyższy program prac sekcyi ułożyliśmy na podstawie zgłoszonego materyału — program ten może atoli uledz zmianom na życzenie Sz. Kolegów, względnie w miarę zgłoszenia dalszych odczytów i demonstracyi.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Chaillous został następcą Dr Trousseau w Quinze-Vingts w Paryżu.

Doc. pryw. i pierwszy asystent prof. Petersa w Rostoku otrzymał tytuł profesora.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Herman Knapp prof. oftalmologii w Columb. Univers. New-York. Ur. 17 marca 1832 r. w Dauborn w H. Nasawii; um. 2-go maja b. r. w N. Jorku. Studya odbywał w Giessenie, Londynie i Paryżu. Mian. prof. oft. w Heidelbergu w r. 1862, pozostawał tamże do r. 1868, by następnie przenieść się do Ameryki, zniechęcony tem, iż plany w kierunku budowy nowej kliniki nie dość wydatnie rząd uwzględniał. W N. Jorku założył najprzód własny instytut dla chorób ocznych i usznych, łącząc te dwie specyalności zwyczajem w Ameryce przyjętym, a nadto później powołał do życia Archives of Ophthalmology and Otology. Nakłoniony przez Hirschberga rozłączył po wielu latach to wydawnictwo na dwa odrębne dla każdej specyalności. W r. 1882 został profesorem przy medical College uniwersytetu w Nowym Jorku, ale po 4-ch latach stanowisko to porzuca, przyjmując profesurę wydziału lekarskiego Uniwers. Columbia w temże mieście, a to gdy przyjęto stawiony warunek, że nauka okulistyki i egzamin z niej staną się obowiązującemi Natura na pozór zimna, jednak pełna zapału i energii dla rzeczy uznanych za dobre, dla podniesienia nauki, dla popierania nauczania i sprawiania ulgi cierpiącym. Jego energia i powodzenie sprawiły mu w Ameryce dużo zawistnych, a postępowanie często bezwzględne sporo nieprzyjaciół. Mimo to cieszył się prof. Knapp niezwykłem zaufaniem u swej licznej klienteli, a zasłużonem uznaniem w świecie naukowym. *W.*

Thomas Reid M. D., L. L. D. emer. Waltonian Lecturer w Glasgowie, um. 23 maja r. b.

Dr Chas Oliver we Filadelfii, znany okulista przy Mills Eye Hospital, um. 8 kwietnia na uremię.

Leartus Conor prof. w Detroit, um. 16 kwietnia w 68 r. życia na udar mózgowy.

Dr Albert R. Baker prof. oft. w Cleveland.

Prof. Manz um. we Fryburgu w Bryzgowii w 78 r. życia.